

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- 0019027
18/4/22

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| Matricule : <u>2706</u> | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>CHEBICHEB LAuria</u> | | |
| Date de naissance : <u>23/08/1962</u> | | |
| Adresse : <u>Lotissement n° Driss Rue 1 n° 96 Casablanca</u> | | |
| Tél. : <u>0661693351</u> | Total des frais engagés : | Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | <u>11/10/23</u> | Age : | |
| Nom et prénom du malade : | <u>IBRAHIMI lauria</u> | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | <u>Colex mme</u> | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC | Pathologie : <u>R ACCOLIER</u> |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11-10 | 1 | | 300 m | |
| 23 | | | | Dz. SAINK M. HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGISTE 251 Avenue Driss Lahlou |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACEUTIQUE SOUDAN 1 bis Bd Bugeaud 10020 TUNISIE | 11.10.03 | 232,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. The upper arch has 12 numbered positions: 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. The lower arch has 12 numbered positions: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom passes through the midline of the arches. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'C' on the right passes through the midline of the arches. The teeth are represented by small circles with numbers indicating their position in each quadrant.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mostapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif
Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse
Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE



الدكتور مصطفى صبير

طبيب اخصاصي في امراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بتولوز
طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le

11 Oct 2023

الدار البيضاء، في

Ibrahim Lamine

82.10

Sh251 20 **S.M.** (44 kg)

1 fee / month NL reg

2- Dog tablet **S.V.**

1 fee x 21 NL reg

3- Rebaville **S.V.** 100s reg

1 fee x 21

4- Alivatar **10**

PHARMACIE OXYGENE
SOUAP DEMMI TAN
1 bis Bd Panoramique
Quartier Cité 2000 - Casablanca
Tél : 06 68 17 29 17

Dr. SABIR Mustapha
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
291 Avenue Driss Lahrizi
Casablanca

69.2

27.50

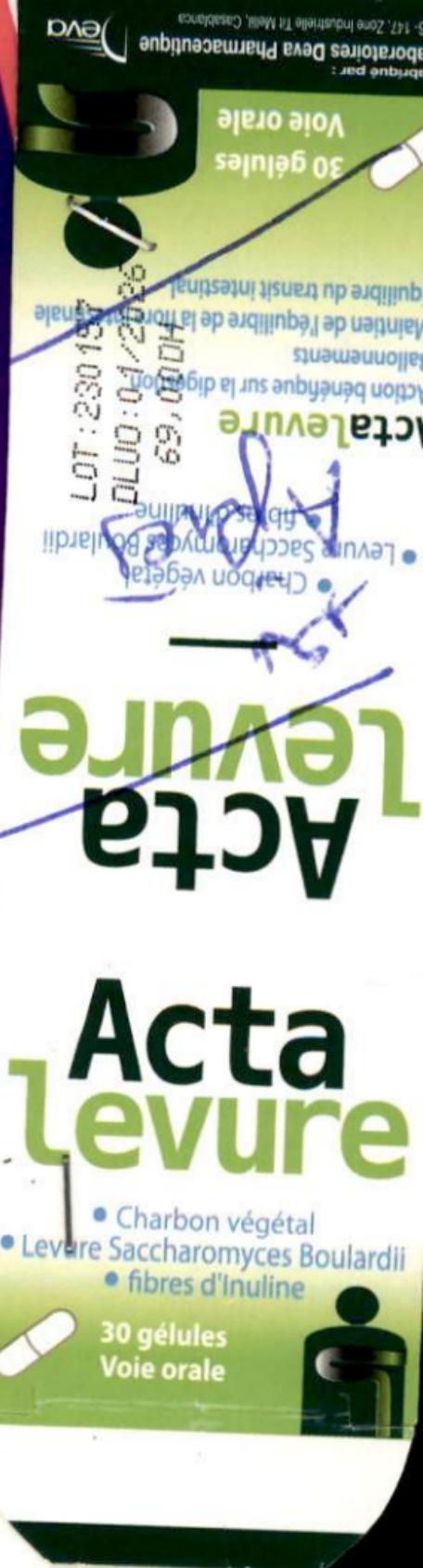
232.10

جیل

از ده براز فل

20
ج.

LOT: 2478
PER: 02-26
PPV: 82DH10



AMM N° :
427/17 DMP/21/NRQ



ALIVIAR® 50 mg

sulpiride
20 Gélules



6 118000 230250

ALIVIAR®

sulpiride

50mg

Boîte de 20 gélules



IBERMA

Voie Orale

LOT : 03923017
PER : 03/2028
P.M : 27.03.08 DH

®

دوسباتالين

200 ملغم

ميفيفيرين

احترم المقدار الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

PER : 03 2025

lot : 23EE001V

DUSPATALIN 200MG
GELU 820

P.P.V : 54DH00



6

118000 010531

 Abbott

Fabriqué sous licence par:
Maphar, Km 10, Route côtière III,
Ql-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.